FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N° 32

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Mai 1905, à 1 heure

Par Théophile NOLOT

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

(Médaille de Bronze de l'Assistance publique).

Né à Paris, le 17 mai 1879.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LUXATION PARALYTIQUE

DE LA HANCHE

Président : M. LE DENTU, *Professeur.*

Juges : MM. BERGER, *Professeur.*

SCHWARTZ, MARION, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		N.....
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. RECLUS. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur GILBERT.

M. le Docteur QUÉNU.

M. le Docteur BARIÉ.

M. le Docteur Jules VOISIN (Externat 1899-1900).

M. le Docteur Hippolyte-Martin ROUX.

M. le Professeur LE DENTU (Externat 1902-1903).

M. le Docteur CHAUFFARD (Externat 1903-1904).

M. le Docteur CHAMPETIER DE RIBES.

M. le Docteur MOIZARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LE DENTU

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

LUXATION PARALYTIQUE DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier une variété particulière de luxation de la hanche, la luxation paralytique survenant au cours de la paralysie spinale infantile.

Ce sujet, qui a donné lieu à de nombreuses controverses, nous a été inspiré par notre ami, M. le Dr Mouchet, ancien chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

C'est sous sa direction que nous en avons entrepris l'étude. Aussi, tenons-nous à le remercier, au début de ce travail, pour la bienveillance particulière qu'il nous a témoignée, au cours de l'année que nous avons eu le plaisir de passer avec lui dans le service de M. le Profr Le Dentu et pour tous les excellents conseils qu'il nous a donnés.

Disons tout de suite que Roser (de Marbourg) admet trois variétés de luxations paralytiques :

1° La luxation due à l'ataxie locomotrice ;

2° La luxation au cours de la cyphose (mal de Pott) avec compression de la moelle ;

3° La luxation due à la paralysie infantile et portant soit sur les pelvi-trochantériens, soit sur les adducteurs.

C'est de cette dernière variété seule dont nous nous occuperons dans ce travail.

La luxation paralytique de la hanche consécutive à la paralysie infantile a été l'objet de nombreuses discussions et a souvent provoqué le désaccord entre les différents auteurs qui l'ont tour à tour étudiée.

Nous essaierons, dans cette thèse, d'apporter notre contribution personnelle à son étude, en nous aidant de la publication que fit M. Mouchet d'une observation de luxation paralytique à la Société anatomique (juin 1903).

CHAPITRE PREMIER

Manifestation de la paralysie infantile. — Les différentes variétés de luxation. — Fréquence.

La paralysie infantile est le plus souvent très capricieuse dans ses manifestations.

Cependant, il faut signaler qu'elle est beaucoup plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs où elle constitue presque une rareté, ainsi que le fait remarquer M. le Prof[r] Kirmisson, par la statistique qu'il nous a donnée dans son *Traité des difformités acquises de l'appareil locomoteur* (1).

« Statistique des Enfants assistés. — 179 cas de paralysie infantile ; 16 fois seulement le membre supérieur était atteint ; 10 fois le membre supérieur était pris isolément ; 6 fois la maladie existait sous la forme hémiplégique ».

De même, Victor Martin (2) dit que les luxations du membre supérieur sont très rares. Il n'en a vu qu'un cas à l'hôpital des enfants de Bâle. Heine, sur 158 cas de polyomyélite aiguë, n'en rapporte que 2 cas. Dans la littérature médicale, ajoute Victor Martin, on trouve en tout 9 cas de luxations paralytiques de l'épaule, dont 3

(1) Paris, 1902, Masson, édit.

(2) Martin, *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, Bd. X, Heft 4, 1902, p. 65.

de luxations sous-coracoïdiennes, 2 de luxations supra-glénoïdiennes et 4 sous-acromiales.

Les luxations paralytiques du coude sont encore plus rares que celles de l'humérus.

Ursin Max, dans sa thèse inaugurale (1898) de l'Université de Greifswald, rapporte le cas d'une sublutation double du radius à la suite de polyomyélite aiguë.

Par contre, au membre supérieur, la paralysie infantile frappe surtout la racine du membre, le moignon de l'épaule, laissant généralement l'avant-bras et la main indemnes. Au membre inférieur, au contraire, la paralysie infantile frappe généralement le segment terminal, donnant ainsi naissance aux diverses variétés de pied-bot.

Du reste, nous ne pouvons mieux faire ici que de reproduire les lignes que consacre à ce sujet le Prof[r] Kirmisson dans son *Traité des difformités acquises de l'appareil locomoteur*.

« D'après sa localisation sur le membre inférieur, la paralysie infantile, dit-il, est susceptible de revêtir des formes diverses que l'on peut rapporter à trois principales.

« a) La paralysie infantile totale, portant presque uniformément sur les divers segments du membre inférieur.

« b) La paralysie limitée à la région de la hanche.

« c) La paralysie portant sur l'extrémité terminale du membre et donnant naissance aux diverses formes de pied-bot paralytique.

« Il s'en faut du reste de beaucoup, que ces diverses formes se présentent à nous avec une égale fréquence.

« La paralysie infantile totale des membres inférieurs est heureusement assez peu fréquente ; il en est de même

de la paralysie limitée à la région de la hanche, qui ne constitue qu'une rare exception. Ce que l'on observe dans l'immense majorité des cas, c'est la paralysie portant sur le segment terminal et donnant naissance aux diverses formes de pied-bot » (Kirmisson).

Je ne décrirai pas ici les autres variétés et m'occuperai spécialement des désordres causés par la paralysie infantile, quand elle se localise à la région de la hanche et produit la luxation de cet article.

C'est, du reste, la plus rare des formes de la paralysie infantile limitée au membre inférieur.

Alors, il se produit deux ordres de faits :

a) On observe des difformités qui peuvent être confondues avec la luxation congénitale de la hanche.

Les muscles de la hanche se relâchent, l'articulation n'est plus soutenue et jouit alors d'une certaine mobilité anormale qui, au premier abord, à un examen incomplet, pourrait être prise pour une luxation de la hanche.

Mais, ainsi que le fait remarquer M. Henri de Gauléjac (1), il se produit dans ces cas des déplacements légers en avant vers la partie supérieure du cotyle plutôt que des luxations vraies — et cela à cause de la position habituelle du membre dans laquelle la flexion se joint à l'abduction et à la rotation en dehors.

Cette opinion est du reste confirmée par les recherches de M. le Prof[r] Kirmisson (2), qui nous fait remarquer que le plus souvent les sujets chez qui la paralysie infantile a frappé la région de la hanche présentent les oscillations de la démarche caractéristique en canard,

(1) Thèse de Lyon, novembre 1900.
(2) *Loc. cit.*, p. 522.

par suite de la paralysie des muscles fessiers suppléés alors dans leur action par la masse des sacro-lombaires.

M. le Prof[r] Kirmisson nous cite même deux cas qu'il a observés où les enfants offraient le type de la démarche en canard, mais n'avaient pas cependant de luxation. Il étiquette ces deux cas *paralysie des fessiers*.

Citons en passant la « hanche ballante » des auteurs allemands dont nous aurons occasion de reparler au cours de ce travail et disons tout de suite qu'il existe *b*) des cas non douteux où la paralysie infantile produit non seulement l'atrophie des muscles fessiers mais de véritables luxations paralytiques de la hanche.

Est-ce à dire pour cela que la luxation paralytique de la hanche soit fréquente.

En France, pour la première fois, Verneuil (*Société impériale de chirurgie*, du 30 mai 1866) engagea la discussion sur ce sujet et essaya de faire ressortir que, parmi les luxations du fémur, appelées jusqu'alors congénitales, il en est quelques-unes qui sont consécutives à la paralysie infantile et devraient dès lors perdre leurs épithètes de congénitales pour prendre celles de paralytiques.

Il citait, entre autres cas, pour appuyer son opinion, celui d'un jeune garçon de 11 ans, venu de Hollande.

Cet enfant, né sain et bien portant, était arrivé jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans, sans accidents notables. A cet âge, il avait été pris d'une maladie aiguë avec convulsions.

Après la guérison, s'étaient montrés en plusieurs

régions du corps des symptômes de paralysie musculaire.

D'abord, à droite, une atrophie du triceps crural, puis à gauche un varus équin et de ce même côté, une déformation plus complexe, sorte de lésion particulière, dans laquelle, suivant l'attitude donnée au membre, on pouvait à volonté déplacer et replacer, luxer et réduire, sans force et sans douleur, la tête fémorale — en somme, quelque chose d'analogue à ce que font certains saltimbanques, qui déboîtent et remboîtent leur hanche à volonté.

Ce sujet présentait donc une espèce d'articulation de polichinelle, ce que les Allemands appellent maintenant la « Schlottergelenk ».

Verneuil, après l'exposé de plusieurs cas à peu près semblables, tous consécutifs à la paralysie infantile spinale, se demandait si la luxation dite congénitale du fémur (alors qu'il existe des cas démontrant que la claudication peut n'apparaître et le déplacement ne s'effectuer que dans l'enfance, après plusieurs années d'intégrité absolue de la forme et des fonctions de l'articulation coxo-fémorale) ne serait pas la dernière étape, la conséquence extrême de la paralysie atrophique de l'enfance, paralysie partielle, portant sur un des groupes musculaires de la hanche et s'y traduisant par des déformations spéciales.

D'où la conclusion toute naturelle d'appeler ces luxations jusqu'alors confondues avec les luxations congénitales, des luxations paralytiques (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 272.

Ces idées nouvelles, émises par Verneuil, ne trouvèrent pas à la Société de chirurgie un accueil favorable.

Dans une des séances suivantes (27 juin 1866), Bouvier et Trélat cherchèrent à refuter les théories et conclusions de Verneuil et à amoindrir la portée de ses arguments.

Ils furent aidés par un de leurs collègues, Broca (séances du 11 juillet et du 18 juillet 1866), qui faisait remarquer ceci : c'est que la marche de la paralysie et la disparition de la faiblesse musculaire se font surtout de haut en bas.

Comment alors, disait-il, concevoir que le groupe des muscles fessiers reste affecté, quand, au contraire, il devrait reprendre le premier ses fonctions.

A cette objection, Verneuil répondait que cette marche était loin d'être constante et que si, à la vérité, les pieds-bots paralytiques étaient communs au membre inférieur, c'était justement au membre supérieur, le groupe scapulo-deltoïdien, qui restait le siège de prédilection de la paralysie persistante.

De là à conclure qu'au membre inférieur, le groupe des muscles de la hanche pouvait resté paralysé, il n'y avait qu'un pas à faire.

Néanmoins, malgré les explications de Verneuil, les idées anciennes sur la luxation congénitale avaient encore cours auprès de ses collègues de la Faculté et, par un défaut de langage inconcevable et une erreur de nomenclature, on persistait à attribuer à cette variété bien définie de luxation paralytique, le terme impropre de luxation congénitale.

En 1878, Reclus (1) cite cinq observations de luxations de la hanche au cours de la paralysie infantile, dont deux cas de luxations iliaques, une sus-pubienne et deux cas où tous les muscles de la hanche étant atrophiés, l'impotence du membre est absolue et l'articulation coxo-fémorale jouit d'une mobilité exagérée.

En 1888, Karewsky (2) cite également quatre cas de luxations paralytiques de la hanche.

Quelques années plus tard, Albert (de Vienne) (3) nous rapporte également un cas de ce genre.

Dans un mémoire relativement récent (1902) Victor Martin (4) nous rapporte deux cas observés et traités à l'hôpital des enfants de Bâle et dus à la bienveillance du Prof[r] Hagenbach.

Entre temps, en France, Henri de Gauléjac reprenait ce sujet et publiait à Lyon (nov. 1900), une thèse sur la hanche paralytique chez l'enfant.

Par contre, M. le Prof[r] Kirmisson, qui avait observé en 1890 aux Enfants Assistés, deux cas de luxations iliaques paralytiques, n'osait plus en 1902, dans son ouvrage sur les *Difformités acquises de l'appareil locomoteur*, affirmer la réalité de ces luxations et soutenir leur origine paralytique.

Enfin, en juin 1903, M. Mouchet (5) présentait en ces termes à la Société Anatomique le cas suivant qui a servi de base à ce travail. :

(1) Reclus. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 176.

(2) Karewski. *Ueber paralytische*. Luxationen der Hüfte. *Archiv für klin. Chir.*, 37, Bd. p. 346.

(3) Albert (de Vienne). *Internation. Klin. Rundschau*, 1892, n° 20, p. 810.

(4) Victor Martin. Ueber paralytische Luxations *der Zeitchse. für orthop. Chirurg.*, Bd., X, 4 heft 1902, p. 635.

(5) Mouchet. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1903, p. 530.

Obs. I. (Mouchet, *Soc. anat.*, 1903, p. 530).

La radiographie que je présente à la Société, dit M. Mouchet, provient d'une jeune fille de 15 ans atteinte de *luxation paralytique de la hanche gauche* (*variété iliaque*).

Il s'agit là d'un fait assez rare pour que l'observation soit exposée avec quelques détails.

Cette jeune fille a été atteinte, à l'âge de 10 mois, d'une paralysie infantile étendue à tout le membre inférieur gauche ; elle fut soumise, pendant plusieurs années au massage, à l'électrisation, mais elle ne recouvra jamais l'intégrité de son membre et elle conserva deux lésions également gênantes ; *un pied bot-équin et une luxation iliaque du fémur.*

La luxation iliaque du fémur retiendra seule mon attention ; elle accroît le raccourcissement du membre (8 centimètres environ), causé déjà par la seule diminution de longueur des os à la suite de la paralysie.

Cette luxation s'accompagne des signes classiques, physiques autant que fonctionnels ; on sent facilement la tête rouler dans la fosse iliaque, les muscles fessiers sont très atrophiés et le grand trochanter les soulève en formant une saillie assez prononcée. Les mouvements de la hanche sont limités, surtout ceux d'abduction, et, quand on cherche à les produire, on détermine de gros craquements, qui peuvent s'entendre à distance. Notre jeune fille en est du reste incommodée.

Malgré l'usage d'un talon surélevé pour corriger en partie le raccourcissement, la marche n'en reste pas moins assez pénible, assez fatigante à cause de la luxation de la hanche ; de plus, elle est disgracieuse et s'accompagne d'un « plongeon » marqué.

La *radiographie* confirme les renseignements fournis par la clinique : tête fémorale atrophiée, déformée par aplatissement de son sommet, col également diminué de volume comme tout le reste du fémur et faisant avec la diaphyse un angle si exagérément obtus qu'il est situé presque dans le prolongement de cette dia-

physe, enfin, atrophie de l'aile iliaque correspondante et de la cavité cotyloïde qui paraît comblée. C'est au-dessus et en arrière de cette cavité que la tête du fémur entre en rapport avec l'os iliaque.

Si j'ai annoncé en tête de cette communication qu'il s'agissait d'une luxation paralytique, c'est qu'en effet la luxation congénitale de la hanche ne me semble pas vraisemblable. Sans doute, les lésions congénitales peuvent exister sur un membre à côté de lésions paralytiques; chez notre jeune fille, la paralysie infantile a manifestement atteint le pied; elle aurait pu épargner la hanche et rester cantonnée à l'extrémité terminale du membre; on serait tenté de dire alors que la luxation de la hanche est une luxation congénitale qui a été remarquée par les parents, seulement au moment où l'enfant a commencé à marcher. Mais, dans le cas présent, la paralysie infantile est étendue à tout le membre inférieur gauche; l'atrophie des muscles, la diminution de volume, et de longueur surtout des os sont trop accusées pour pouvoir être attribuées à la luxation congénitale de la hanche.

Il me paraît donc évident que la luxation iliaque du fémur doit reconnaître la même origine que le pied équin, et cette origine, c'est la paralysie infantile, survenue à l'âge de 10 mois. J'en trouve du reste la preuve dans la note suivante que m'a remise mon ami, M. Huet (1), note que je transcris intégralement :

L'examen électrique ne peut donner actuellement que des renseignements sur l'état quantitatif de l'excitabilité; les modifications qualitatives de la réaction de dégénérescence qui ont probablement existé autrefois ont disparu en raison de l'ancienneté de l'affection.

D'ailleurs, l'exploration galvanique est difficilement supportée et des contractions involontaires viennent gêner l'examen.

Par l'examen faradique, mieux supporté, quoique gêné aussi pour les mêmes raisons, on peut constater que l'excitabilité électrique est conservée, mais diminuée dans le grand fessier à droite

(1) Chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière.

contraction avec 90 millimètres d'écartement des bobines; à gauche contraction avec 70 millimètres).

Cette diminution d'excitabilité du grand fessier paraît plus prononcée dans les faisceaux supérieurs que dans les faisceaux inférieurs.

Le moyen fessier paraît présenter une excitabilité encore plus diminuée que le grand fessier, et avec les courants qu'il a été possible de faire supporter (50 millimètres d'écartement des bobines), on n'a pas constaté de contractions dans ce muscle, alors

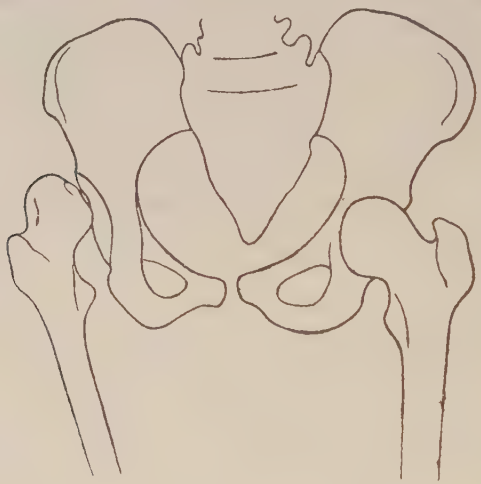

Fig. 1

qu'à droite on obtient des contractions manifestes (vers 80 à 90^{mm}). Il en a été de même pour le tenseur du fascia lata.

Les muscles pelvi-trochantériens ne peuvent pas être explorés, ils sont trop profondément situés pour être accessibles à l'exploration électrique.

De l'examen précédent, il semble résulter que les muscles de la fesse ont été atteints par la paralysie infantile, mais se sont en partie réparés, pour le grand fessier du moins. La plus grande partie des muscles du membre inférieur paraît d'ailleurs avoir été atteinte par la paralysie ancienne : la chose est manifeste pour

les muscles antéro-externes de la jambe dont l'excitabilité est extrêmement affaiblie.

Parmi les muscles de la cuisse, il existe une diminution d'excitabilité assez notable par comparaison avec le côté droit sur le vaste interne et le vaste externe.

Les jumeaux présentent une excitabilité faradique qui se rapproche davantage de celle du côté sain.

Nous avons affaire en résumé à une luxation paralytique de la hanche, variété iliaque.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Avant d'aborder la pathogénie des luxations paralytiques de la hanche, il nous paraît utile d'exposer les conditions anatomiques et d'esquisser la physiologie de l'articulation.

Le fémur et l'os iliaque sont unis par une capsule fibreuse avec des faisceaux de renforcement. Cette capsule forme une sorte de cône fibreux tronqué à sommet cotyloïdien.

Les surfaces articulaires sont fortement maintenues en avant par le ligament ilio-fémoral ou ligament de Bertin et le muscle psoas-iliaque.

En arrière, au contraire, la capsule est lâche et la tête fémorale pourrait s'échapper du cotyle en le refoulant si les muscles pelvi-trochantériens ne la bridaient d'une façon efficace.

La tête du fémur est un globe qui tourne sur lui-même et le corps du fémur un axe dont les muscles se servent pour faire tourner le globe osseux sur le centre de la cavité cotyloïde.

On voit donc par là l'importance des muscles périarticulaires au niveau de l'articulation de la hanche.

Ces divers muscles agissent bien différemment sur cette articulation.

Ainsi, les adducteurs d'une part, les fessiers et pelvi-trochantériens de l'autre se conduisent en véritables antagonistes.

Lorsque le groupe des adducteurs se contracte, il tend à porter la tête fémorale en haut et en arrière et en même temps à l'éloigner de la cavité cotyloïdienne car, du moment qu'il attire en dedans l'extrémité inférieure du levier osseux, l'extrémité supérieure par cela même doit être attirée en dehors.

En effet, tous les adducteurs de la cuisse, ainsi que l'a montré Duchenne de Boulogne, sont en même temps rotateurs en dehors, sauf la portion inférieure du grand adducteur, qui produit la rotation en dedans, de manière à ramener la pointe du pied en avant si, la pointe étant étendue, les autres faisceaux des muscles adducteurs l'avaient placée dans la rotation en dehors.,

Mais, de leur côté, les fessiers et les pelvi-trochantériens ne se bornent pas au rôle passif de soutenir et doubler la partie postérieure de la capsule comme le psoas-iliaque double et soutient l'antérieure.

Leurs insertions fixes se font en arrière, en avant et au-dessus de l'articulation, leurs insertions mobiles convergent vers le grand trochanter et ces muscles forment ainsi une sorte de sangle contractile dont l'activité fonctionnelle lutte contre l'effort excentrique des adducteurs et maintient au contact les deux surfaces articulaires.

Après ce rapide exposé d'anatomie physiologique de l'articulation de la hanche, essayons d'aborder la pathogénie de la luxation paralytique de cet article.

Les renseignements anatomo-pathologiques sur ce

sujet font défaut ou à peu près. Aussi est-on obligé de raisonner sur des preuves expérimentales et, il en résulte que les différentes idées émises sur ce point ont été combattues tantôt au nom de la clinique, tantôt au nom de l'expérimentation.

De quelle manière agit donc la paralysie infantile ?

On remarque au début une invasion presque soudaine de la paralysie motrice, puis, à un moment donné une tendance à la régression.

En même temps, diminution ou abolition de la contractilité faradique qui se manifeste hâtivement dans un certain nombre de muscles paralysés et atrophie rapide que ces mêmes muscles subissent constamment à un degré plus ou moins prononcé.

Généralement, la paralysie infantile ne frappe pas tous les groupes musculaires de la région de la hanche ; des cellules nerveuses, primitivement atteintes et qui avaient perdu leurs fonctions motrices, peuvent récupérer leurs fonctions et cette phase répond à l'amendement des symptômes qui se produit toujours à une certaine période de la maladie.

Appliquée à la hanche, cette théorie de la marche de la paralysie infantile, édifiée par Charcot, nous aide à soutenir la théorie antagoniste de la pathogénie émise par Reclus.

Que voit-on en effet à la hanche ? Généralement la paralysie infantile détermine l'atrophie de certains groupes musculaires.

Quand les fessiers et les pelvi-trochantériens sont atteints, la sangle qu'ils forment normalement à l'article n'est plus assez énergique pour soutenir la capsule et

maintenir en contact les deux surfaces articulaires. La tête fémorale obéit alors à l'impulsion des antagonistes qui, dans le cas présent, sont les adducteurs.

Sous l'influence de leur simple tonicité, la tête fémorale vient heurter contre la partie postéro-supérieure de la capsule fibreuse, qui cède peu à peu sous cette pression incessante et la luxation iliaque se produit, comme dans l'observation que nous avons citée plus haut.

Supposons au contraire que les adducteurs et le psoas soient paralysés.

« Dans ce cas, nous dit Reclus, les fessiers et les pelvi-trochantériens sans contre poids exercent leur tonicité, dont l'action a pour effet d'élever la tête fémorale et par un mouvement de rotation, de la porter en avant ».

Cette tête vient alors heurter la capsule, insuffisamment soutenue par suite de l'atrophie du psoas. Le ligament de Bertin résiste bien quelque temps, mais à la longue, il doit céder, la tête fémorale s'échappe et nous avons alors la luxation sus-pubienne.

Cette théorie des antagonistes doit à la réalité s'appliquer à la plupart des cas.

Elle a du reste également été soutenue en Allemagne, par Werner et Seeligmüller et par le Prof. Roser (de Marbourg). De son côté, au Congrès de Strasbourg (1885), Karewski, dit qu'il ne peut y avoir de luxation paralytique de la hanche que si les muscles de la hanche sont inégalement paralysés. « Si les rotateurs en dehors et abducteurs l'emportent, on a une luxation pubienne. Les adducteurs sont-ils intacts, on a une luxation iliaque ».

Bradford cite un cas de luxation pubienne paralytique,

par impuissance du groupe musculaire antéro-interne et maintien de l'activité contractile des fessiers et des pelvi-trochantériens.

Donc, la paralysie infantile peut se localiser à l'un ou à l'autre de ces deux systèmes musculaires et déterminer des luxations en dissociant la contraction des groupes périarticulaires; cette dissociation permet l'action prépondérante des muscles antagonistes sains. Les conditions normales de statique articulaire et de pression régulière des surfaces osseuses sont ainsi modifiées et la luxation se produit.

Mais alors, comment expliquer la luxation quand tous les muscles sont paralysés, nous avons vu en effet qu'il existe des cas où tous les muscles de la hanche sont atteints par l'atrophie.

Reclus a prévu l'objection et y a répondu en même temps.

Pour lui, quand tous les muscles sont paralysés, l'article jouit d'une grande mobilité ; on peut lui imprimer des mouvements exagérés, mais il n'y a pas de luxation parce qu'il n'y a pas de forces contraires.

Nous avons alors le type de la hanche ballante des auteurs allemands (Schlottergelenk).

Dire qu'il n'y a pas de luxation dans ce cas est pour nous une conclusion hâtive et pour notre part nous admettons et expliquons ainsi sa formation.

La luxation s'observe tard, longtemps après le début de la paralysie, mais elle peut exister.

C'est qu'en effet il faut tenir compte non seulement des muscles péri-articulaires mais encore des ligaments fibreux de l'article.

Ces ligaments sont naturellement peu extensibles, mais, à la longue, ils se relâchent, leur distension laisse échapper la tête fémorale et il se produit alors une luxation par relâchement de l'appareil ligamenteux, les lésions musculaires ne jouant ainsi qu'un rôle indirect.

Nous nous appuyons du reste, pour soutenir ces idées, sur l'autorité de Bouvier qui dit, en parlant de l'action de la paralysie sur les articulations :

« Totale, la paralysie livre les articulations aux impulsions extérieures, relâche les connexions articulaires, ce qui diminue leur solidité et augmente la mobilité des os. Ceux-ci, mal fixés par les seuls ligaments, dont la résistance est plus facilement surmontée, cèdent alors fréquemment à des influences physiques, telles que celles de la pesanteur, et il peut en résulter, soit le diastasis, soit une inclination vicieuse ou même une luxation ».

Malheureusement, les autopsies nous manquent pour confirmer cette théorie, la plus plausible cependant de la pathogénie.

Ajoutons en terminant que la pesanteur, les pressions extérieures, l'exercice forcé du corps, sont autant de causes adjuvantes pour la production de la luxation paralytique. Quand à la contraction musculaire viennent s'ajouter le poids du corps, la marche, les ligaments se distendent davantage et la luxation est rendue plus facile par ce fait que la capsule fibreuse est plus aisément refoulée par la tête fémorale.

CHAPITRE III

Symptomatologie de la luxation paralytique.

Le premier symptôme qui frappe l'attention du médecin dans l'examen d'une luxation paralytique de la hanche, c'est d'abord le raccourcissement du membre.

Dans l'observation que nous avons présentée plus haut, le raccourcissement est évident et la mensuration nous montre le grand trochanter gauche à 8 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Ce raccourcissement n'est du reste que la conséquence de la diminution de longueur des os à la suite de la paralysie et de l'ascension de la tête fémorale.

Dans quelques cas de luxation myopathique, le signe de Nélaton-Roser manque. La tête fémorale peut se trouver fixée soit en avant, soit en arrière du cotyle coxal, tout en restant dans le plan horizontal.

Dans ce cas, on peut néanmoins s'assurer de la luxation. Tandis que d'une main on soutient en arrière la région fessière, de l'autre, on déprime en avant au niveau du pli de l'aine, et les doigts antérieurs se trouvent arrêtés par la résistance que leur offre la tête fémorale déplacée,

Le second signe que l'on observe dans la luxation paralytique de la hanche, c'est l'atrophie, quelquefois la dégénérescence des muscles péri-articulaires.

Chez notre jeune fille, ce sont les fessiers du côté gauche qui sont atrophiés, laissant voir la saillie du grand trochanter qui les soulève.

La capsule articulaire est vide ; on sent la tête fémorale quand on fait exécuter au membre des mouvements de rotation profonds sous les muscles fessiers atrophiés en cas de luxation iliaque et en avant de la branche descendante du pubis en cas de luxation pubienne.

Du reste, la radiographie nous sert à délimiter d'une façon exacte la situation de la tête. L'examen électrique nous est aussi d'un grand secours et nous montre les différents groupes musculaires de l'article réagissant plus ou moins bien à l'excitation suivant qu'ils ont été touchés ou non par la paralysie spinale.

En ce qui concerne les troubles fonctionnels, quand on examine l'enfant couchée, on constate que les mouvements de l'articulation sont très limités, surtout ceux d'abduction — cela tient du reste ici à la rétraction des adducteurs.

Quand l'enfant marche, on remarque un dandinement caractéristique avec élévation et abaissement régulier de la hanche, une sorte de « plongeon » avec propulsion du ventre en avant et courbure du tronc en arrière.

Il semble que le tronc veuille s'enfoncer sur le membre qui lui sert de support. C'est, dans notre cas, la conséquence naturelle de l'atrophie des fessiers, de la diminution de longueur des os et l'insuffisance de l'appareil ligamenteux.

Nous remarquons aussi l'atrophie de la moitié correspondante du bassin et l'inclinaison du bassin du côté opposé quand la malade se tient debout sur le membre luxé.

Notons enfin les troubles du côté de la peau et l'absence du réflexe patellaire que nous verrons signalés par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la luxation paralytique de la hanche.

Les quelques observations que nous donnons ne feront que mieux ressortir les détails des symptômes dans les différents cas.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Avec l'aide des différents symptômes que nous avons notés, nous allons essayer d'établir le diagnostic de la luxation paralytique de la hanche avec les diverses affections qui peuvent prêter à confusion.

En premier lieu, nous aurons évidemment à la distinguer de la luxation congénitale.

Ces deux affections présentent en effet toute une série de symptômes communs.

D'abord, elles frappent toutes les deux la première enfance.

Quand la paralysie infantile survient tard, que l'enfant a déjà marché, il n'y a évidemment pas d'hésitation possible car alors, nous avons des antécédents précis.

La mère raconte que son enfant qui marchait bien, fut pris subitement d'accidents morbides à la suite desquels s'installa l'impotence fonctionnelle.

Quand le médecin découvre la luxation avant que l'enfant ne marche, il devra surtout s'étendre sur les commémoratifs et, dans tous les cas, rechercher la paralysie infantile.

Cette maladie revêt les modalités les plus diverses et peut même passer inaperçue aux yeux des parents, tant elle est parfois bénigne.

Elle éclate le plus souvent brusquement en pleine santé, par de la fièvre, comme une maladie infectieuse.

Le thermomètre monte rapidement à 39, même 40 degrés.

Mais cette fièvre disparaît vite et ne dure guère plus de 24 à 48 heures.

En même temps, on note de l'inappétence, des troubles gastro-intestinaux, parfois des vomissements, de la diarrhée, qui font croire aux parents qu'il s'agit d'un embarras gastrique léger et passager.

On observe aussi quelquefois des réactions nerveuses, somnolence, torpeur, ou au contraire, agitations, convulsions.

Cette période de phénomènes fébriles, où tout diagnostic est impossible, dure en moyenne 24 ou 48 heures, avant que la paralysie n'apparaisse.

D'autres fois, on n'observe qu'un léger malaise avec un peu d'inappétence et une fièvre tellement légère qu'on peut ne pas la noter ; Duchenne de Boulogne, cite même des cas où la fièvre manque absolument.

A peine cette fièvre est-elle tombée, parfois même en plein état fébrile, la paralysie s'installe, rapide, frappant en quelques heures tout ou partie des muscles du corps.

Le plus souvent cependant, elle est limitée à un membre, affectant la forme monoplégique et les membres inférieurs sont pris plus souvent que les supérieurs.

Le petit malade, qui jusque-là se servait bien de ses jambes, ne fait plus aucun mouvement de l'une d'elles.

Cette paralysie dès le début est flasque, les muscles sont mous, relâchés, l'hypotonie musculaire très accusée,

puis, peu à peu, la paralysie rétrocède et s'atténue progressivement.

Au bout de quelques semaines ou quelques mois, la plupart des muscles reprennent leur motilité et l'affection ne reste localisée que sur certains groupes distincts.

Enfin, il est des cas, très rares, il est vrai, où tous ces symptômes ordinaires peuvent manquer et la mère qui avait couché le soir un enfant bien portant le trouve paralysé le lendemain matin.

Dans ce cas, elle ne songe évidemment pas à accuser une maladie qu'elle n'a point vue et le petit malade atteint si brusquemment est, plus tard, quand la luxation s'est établie, considéré par le praticien qui l'examine comme un enfant porteur d'une luxation congénitale de la hanche, qui jusqu'alors était restée inaperçue.

On voit donc combien la recherche minutieuse des maladies antérieures est utile pour le diagnostic de la luxation paralytique de la hanche.

Seul, un examen méthodique nous fera retrouver la paralysie infantile dans les antécédents et aidera à différencier l'affection de la luxation congénitale.

Hâtons-nous de dire cependant qu'en dehors des commémoratifs, toujours précieux, quand ils sont nets, d'autres signes viennent éclairer le diagnostic.

L'aspect extérieur du membre de l'enfant n'est pas le même dans la luxation paralytique et dans la congénitale.

Dans l'une comme dans l'autre, on observe de l'atrophie musculaire, mais, dans la luxation congénitale, l'atrophie est régulière, uniforme, la peau du membre malade est normale, saine.

En cas de luxation paralytique, au contraire, la para-

lysie s'installant le plus souvent sur des groupes musculaires distincts, l'atrophie est irrégulière.

De plus, la peau du membre paralysé est fréquemment lisse et amincie, violacée, cyanosée, accolée aux os, dont elle n'est séparée que par une mince couche musculaire avec adipose sous-cutanée.

Froide, légèrement visqueuse, elle est parfois totalement dépourvue de poils ou, au contraire, semée de poils longs et abondants.

Aux points qui sont le siège de frottements répétés, on voit se développer des callosités excessives.

Cependant, sa vitalité est amoindrie ; elle résiste moins bien aux traumatismes et influences extérieures.

Elle se recouvre aisément d'engelures, de marbrures ; sous l'influence de causes insignifiantes, on y voit se développer des éruptions, ulcérations, parfois même des escarres qui ne guérissent qu'à la longue et avec une extrême difficulté.

Le tissu graisseux sous-cutané présente chez quelques malades un développement exagéré ; cette adipose peut masquer l'atrophie musculaire et donner au membre paralysé un aspect hypertrophique qui ne trompera pas une main exercée au palper.

De plus, à mesure que l'enfant avance en âge, la différence devient de plus en plus sensible entre le membre porteur d'une luxation congénitale et celui atteint d'une luxation paralytique de la hanche.

Dans les deux cas, nous voyons le raccourcissement s'accroître avec les années, mais ce qui frappe surtout dans la luxation paralytique, ce sont les déviations et difformités si marquées, dues aux paralysies et troubles

atrophiques, difformités qu'on observe pas ou peu dans la luxation congénitale.

Dans la luxation congénitale, les muscles de la hanche chez le sujet porteur de cette affection, n'offrent qu'une atrophie légère et ne sont nullement paralysés.

Ce n'est que très tard qu'ils subissent des phénomènes de rétraction par cela même qu'il y a luxation et partant rapprochement de leurs insertions et raccourcissement forcé.

Ces muscles ne sont le plus souvent que paresseux, parésiés, réagissant convenablement à l'excitation électrique.

Au contraire, dans la luxation paralytique de la hanche, *l'examen électrique* des muscles frappés nous fait assister à l'altération de leur excitabilité et peu à peu, nous voyons s'installer l'atrophie musculaire définitive, irrémédiable.

De plus, comme la paralysie infantile ne frappe souvent dans un membre qu'un ou plusieurs groupes de muscles distincts, nous trouvons chez l'enfant atteint de paralysie spinale, dans un même membre, des muscles totalement dégénérés, alors que le groupe voisin a conservé toute ou une grande partie de sa vitalité.

L'examen des réflexes rotuliens peut aussi nous être d'une grande utilité au point de vue du diagnostic. Il nous montrera, ainsi que nous l'avons noté dans les différentes observations, que ces réflexes sont toujours abolis ou du moins considérablement diminués dans le membre atteint de paralysie infantile, signe que nous ne retrouvons pas dans la luxation congénitale.

La radiographie ne nous est pas ici d'une grande utilité.

En effet, dans la luxation congénitale comme dans la luxation consécutive à la paralysie infantile, la lésion ne frappe pas seulement les muscles mais atteint encore toutes les parties constituantes du membre.

La gracilité du membre atteint tient non seulement à l'atrophie des masses musculaires, mais aussi à la diminution de volume des os. Cette diminution de volume porte surtout sur le sens de la largeur, l'os paraît lisse et uni, il perd toute dépression, toute saillie.

Dans l'observation que nous a donnée M. Mouchet, la radiographie nous a fait voir l'atrophie de la tête fémorale, l'aplatissement de son sommet, un col fémoral à peine marqué, le fémur aminci et l'aile iliaque du côté correspondant également atrophiée.

Mais tous ces symptômes existent ou à peu près dans la luxation congénitale. La radiographie, pour le diagnostic de la luxation paralytique, n'est donc qu'un moyen de contrôle.

L'examen radiographique ne serait vraiment probant que si l'on pouvait soumettre le malade aux rayons X avant ou au cours de la paralysie spinale et comparer avec l'épreuve que nous donnerait la radiographie quand la luxation est constituée.

Malheureusement la clinique ne nous a pas encore fourni de fait de ce genre, car nous revoyons la plupart du temps les malades porteurs de luxation paralytique longtemps après les débuts de la paralysie infantile.

Les parents ne viennent en effet consulter le chirurgien que des mois, souvent des années après le début de la maladie, quand les lésions sont trop avancées.

Ce diagnostic de la luxation congénitale et de la luxa-

tion paralytique de la hanche, se complique encore parfois : témoin le cas suivant, rapporté en 1902 à la Société anatomique de Lyon, par M. Jaboulay.

Jaboulay présenta à ses collègues une fillette de sept ans, atteinte de luxation congénitale de la hanche.

C'est vers l'âge de deux ans seulement que les parents remarquèrent nettement sa boîterie. A cette époque, l'enfant fit une maladie de deux mois et au sortir de cette maladie, on remarqua que le membre gauche avait beaucoup maigri, y compris la fesse. Néanmoins, l'enfant marche alors tant bien que mal, en se dandinant, pendant trois ans encore. A cette époque, on vit apparaître un nouveau symptôme.

De temps en temps, la hanche remontait dans la fesse, au moment d'une douleur violente ressentie dans la partie inférieure de la jambe et restait dans cette attitude un jour ou deux au maximum pour redescendre spontanément se placer dans son ancienne attitude.

Pour Jaboulay, il s'agit d'une luxation iliaque paralytique, par atrophie des fessiers et des pelvi-trochantériens, qui s'est faite hors d'une articulation de luxation congénitale.

La luxation congénitale semble avoir existé seule en premier lieu puisque, d'après le dire des parents, l'enfant a toujours eu une boîterie caractéristique.

Les symptômes de paralysie spéciale se sont alors produits ultérieurement à la première affection.

Par l'exploration manuelle, on sent la tête fémorale assez bien fixée au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure de telle sorte, dit Jaboulay, qu'un transposition de la tête hors de la néarthrose serait probablement inutile.

Cette observation nous semble intéressante à tous les points de vue, car elle met en évidence et différencie les deux phases de la malformation.

Nous retrouvons en effet une première période de la difformité, congénitale, où l'enfant boîte sans présenter d'amaigrissement notable ou d'atrophie musculaire puis, une seconde période paralytique où l'atrophie musculaire est si manifeste que les parents eux-mêmes la remarquent.

Il eut été intéressant dans le cas présent que l'examen électrique fut pratiqué pour mieux confirmer le diagnostic de la luxation paralytique.

CHAPITRE V

Luxation pathologique.

Après avoir éliminé la luxation congénitale, il nous reste maintenant à examiner une seconde catégorie de faits qui prêtent, eux aussi, à confusion avec la luxation paralytique de la hanche.

Nous voulons parler des luxations pathologiques.

On sait qu'en effet, au cours de certaines maladies infectieuses, rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, on a remarqué de véritables arthrites de la hanche qui peuvent se terminer par une luxation de l'article.

Dans ce cas, il est évident que le médecin qui examinera le petit malade écartera la luxation paralytique de par l'étude des antécédents et l'apparition des accidents, au cours d'une maladie déterminée.

Quelquefois, on observe aussi chez les jeunes enfants des luxations pathologiques survenant au cours d'arthrites aiguës de la hanche et s'accompagnant de symptômes particuliers qui les font ressembler de très près aux luxations paralytiques de par leur début et de par la démarche du petit malade.

Souvent, en effet, l'arthrite qui a évolué dans les premières années de la vie a été oubliée ou confondue avec un abcès chaud vulgaire, ouvert spontanément ou chi-

rurgicalement, mais dont le rapport avec l'article est resté méconnu.

L'enfant paraît guéri de son arthrite, le membre paraît avoir repris sa souplesse et son indolence habituelle, mais, aux premiers essais de marche, on remarque une boîterie de tous points semblable à celle de la luxation. L'examen objectif du malade nous montre alors l'atrophie et le raccourcissement progressif du membre atteint et une laxité anormale de l'articulation de la hanche.

La découverte d'une cicatrice dans la région de la hanche, l'étude méthodique des antécédents et de la marche de la maladie nous feront écarter la luxation paralytique.

La radiographie viendra encore à notre secours en nous montrant les désordres causés dans l'article par les lésions inflammatoires, au cours de la luxation pathologique.

Ce sont, en effet, les lésions inflammatoires qui sont ici le symptôme capital

Ce sont elles qui détruisent, en totalité ou en partie, les surfaces osseuses articulaires et même les ligaments fibreux qui les maintiennent au contact.

Alors, il faut une action musculaire bien faible pour parfaire une dislocation que le poids du corps et le moindre mouvement peuvent à eux seuls provoquer, dans la majorité des cas.

La seule tonicité des muscles périarticulaires suffira donc pour entraîner en haut, dans la fosse iliaque externe et en arrière du cotyle, la tête fémorale.

C'est ce qui nous explique pourquoi la luxation patho-

logique s'effectue parfois si rapidement, d'une façon presque subite, pourquoi aussi la destruction des surfaces articulaires en contact amène, dès le début, un raccourcissement de plusieurs centimètres du membre malade.

Au contraire, dans la luxation consécutive à la paralysie infantile, nous trouvons une lésion myopathique primitive.

La pathogénie de la luxation paralytique nous montre toujours l'atrophie partielle ou totale du système musculaire périarticulaire et la rétraction musculaire vient ensuite facilement parfaire une luxation ainsi préparée.

Par conséquent, l'étude détaillée des commémoratifs, complétée par l'examen pathogénique seront suffisants pour différencier la luxation paralytique de la luxation pathologique.

CHAPITRE VI

Coxo-tuberculose.

La coxalgie, comme la paralysie spinale, est une affection de l'enfance et, comme elle, peut donner lieu à des luxations de la hanche.

Mais ces luxations de la hanche apparaissent, en général, à la période ultime de la maladie, s'accompagnant d'abcès et de destruction des surfaces articulaires qui ne laissent aucun doute sur leur origine.

Il est cependant des cas où la luxation apparaît au début de la coxo-tuberculose.

En mars 1900, M. Kirmisson présentait une étude sur les luxations spontanées de la hanche, au cours de la coxalgie. Il relatait l'histoire de cinq malades chez lesquels il se produisit cinq luxations iliaques, trois semaines, un mois, six semaines, deux mois après le début de la maladie, à une époque où il n'existait que des altérations minimes de la jointure.

Depuis, Gérard-Marchant a vu un fait de luxation ovalaire et H. Gaudier (de Lille) un de luxation iliaque de même origine.

Dans tous ces cas, le traumatisme ne paraît jouer aucun rôle dans la pathogénie, et tout porte à croire que l'agent de la luxation résidait dans la brusque contraction des muscles périarticulaires,

C'est du reste l'opinion du Prof[r] Kirmisson qui dit : « Le mécanisme de la luxation doit être le suivant : la luxation est préparée par des lésions de l'articulation, par de l'hydarthrose peut-être. La cause déterminante est la contraction musculaire survenant parfois pendant le sommeil, ainsi que cela s'est produit pendant deux de mes cas ».

Confondrons-nous ces luxations avec des luxations paralytiques? Evidemment non, car nous retrouvons dans ces cas tous les symptômes qui sont le cortège ordinaire de la coxalgie : douleurs, ganglions inguino-cruraux, ensellure lombaire, fréquemment abcès tuberculeux autour de l'article, fixité du bassin et du femur dans tous les mouvements spontanés et provoqués, etc.

Enfin, nous voyons souvent aux consultations des hôpitaux des enfants guéris de coxalgie présentant un membre atrophié et raccourci qui, à la seule inspection, pourrait en imposer, pour un malade atteint de luxation paralytique.

Mais les commémoratifs, l'examen de la hanche, l'ankylose de l'article dissipent vite une erreur qui ne peut être que passagère.

Coxa-vara.

Le coxa-vara des enfants est une inflexion en bas et en arrière du col fémoral, survenant pendant la croissance ; elle peut cependant être congénitale (1). Cette

(1) Kredel. Coxa-vara congenita, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 42, 18 oct. 1896, p. 969. — Albert Mouchet et Pierre Aubion, *Gazette hebdom. de méd. et de chirurg.*, 21 mai 1899, p. 481.

incurvation est de nature rachitique et donne lieu à une déformation du membre inférieur en adduction et rotation externe.

Au début, le petit malade présente de la raideur de la hanche, il se fatigue vite par la marche, qui devient douloureuse. Puis apparaît l'adduction et ensuite la rotation, le plus souvent externe, parfois interne.

On observe aussi un peu de raideur musculaire, une légère atrophie des muscles de la cuisse qui amène une dépression rétro-trochantérienne. Nélaton attira le premier l'attention sur ce fait que chez les rachitiques le grand trochanter était remonté au-dessus de la ligne allant de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Un moyen d'apprécier l'ascension du grand trochanter et par conséquent le degré de flexion du col est donné par la construction du triangle de Bryant. Manœuvre recommandée par Ogston :

L'enfant étant couché horizontalement, on abaisse au fil à plomb une verticale de son épine iliaque antérieure et supérieure sur le plan du lit.

Du sommet du grand trochanter on élève une perpendiculaire horizontale à cette première ligne : le triangle formé par le grand trochanter, l'épine iliaque et le point de réunion des deux lignes est isocèle sur le sujet normal : l'isocélie rompue à l'avantage du côté vertical du triangle qui devient plus grand que le côté horizontal sera un signe de coxa-vara à condition, toutefois, d'avoir éliminé la luxation de la hanche en déterminant exactement le siège occupé par la tête fémorale.

Remarquons en passant, avec de Bovis, que le triangle

de Bryant est d'une mensuration difficile, partant peu rigoureuse.

Dans la coxa-vara la hanche devient saillante et la jambe paraît raccourcie. La claudication est très prononcée, surtout dans la coxa-vara unilatérale.

Dans ces conditions, il est évident que, par le simple examen objectif, la confusion peut être faite avec la luxation paralytique de la hanche.

Mais les commémoratifs facilitent singulièrement le diagnostic. Le début tragique de la paralysie infantile ne se retrouve jamais dans la coxa-vara, qui s'accompagne le plus souvent d'autres lésions rachitiques, telles que scoliose, genu valgum.

De plus, l'examen électrique nous montre dans cette affection l'intégrité absolue du système musculaire de l'articulation de la hanche qui ne présente aucune diminution de l'excitabilité à la réaction faradique ou galvanique.

Enfin la radiographie assure le diagnostic en cas d'hésitation. Les rayons X nous font voir, dans la coxa-vara, l'incurvation du col et l'intégrité de rapport des surfaces articulaires.

CHAPITRE VII

Pseudo-coxalgies.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire le diagnostic avec les péri-arthrites coxo-fémorales (pseudo-coxalgies de Duplay), trochantérites, péricotyloïdites ostéomyélitiques ou tuberculeuses, bursites, etc.

Ces lésions s'observent du reste beaucoup plus tard que celles de la paralysie infantile et, si elles s'accompagnent souvent de raideurs articulaires, il n'existe ni raccourcissement du membre, ni luxation accessible au palper.

De même, certaines fractures du col fémoral chez l'enfant guérissent avec une claudication et une attitude spéciales. (Coxa vara traumatique) (1).

Mais ici, le traumatisme commémoratif suffit à écarter l'idée de luxation paralytique possible et en cas d'hésitation, l'examen radiographique nous montrera la tête fémorale en place dans la cavité cotyloïde.

Nous n'insterons pas davantage sur le décollement épiphysaire traumatique de la hanche, rare dans la première enfance (2), pas plus du reste que sur la luxation volontaire de la hanche ou la hanche à ressort, à pathogénie encore obscure.

(1) R. Whitman. *Annals of Surgery*, février 1900. — Kirmisson, *Diff. acq. app. locomot.*, 1902, p. 314.

(2) Sprengel. *Arch. für klin. chir.* Bd. VII, 4. Heft. 1898, p. 805.

Pour ces différents faits, l'étude des antécédents et l'examen objectif du membre écartent d'eux-mêmes l'idée de luxation paralytique.

Un cas cependant mérite encore de retenir notre attention.

C'est la difformité qui résulte de la paralysie des fessiers (étudiée par Kirmisson).

Ici même origine (paralysie infantile), même démarche en canard que dans la luxation paralytique de la hanche.

Au premier abord, la confusion est facile, mais, dans la paralysie des fessiers, on ne sent pas la tête fémorale déplacée et l'examen radiographique nous la montre en effet dans la cavité cotyloïde.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Nous avons dit, au cours de ce travail, qu'il est des cas où la paralysie spinale infantile peut régresser totalement. Mais ces cas heureux sont trop rares et quand la maladie est installée à la région de la hanche, ses conséquences sont trop graves pour ne pas inquiéter le praticien.

Les muscles sont en effet les seuls ligaments actifs qui maintiennent en contact les surfaces articulaires.

Quand ces muscles seront frappés par la dégénérescence et l'atrophie, que deviendra l'articulation ?

Nous assisterons alors à la production de cette difformité disgracieuse qu'est la luxation de la hanche.

La marche devient difficile, pénible, impossible quelquefois.

De plus cette difformité s'accompagnera petit à petit de déformations du côté du squelette, la colonne vertébrale sera déviée, la cavité pelvienne déformée.

En effet, dans la luxation paralytique de la hanche, le bassin est généralement incliné du côté malade et la colonne lombaire présente dans quelques cas une convexité antéro-latérale du même côté. La partie large du bassin est donc celle qui répond au côté luxé, la partie étroite correspond au côté sain.

Les diamètres antéro-postérieurs du bassin sont seuls heureusement, par cela même, un peu diminués.

La femme, atteinte dans son enfance de luxation paralytique, peut plus tard devenir mère. Par suite de la difformité, qui a entraîné une diminution des diamètres du bassin, elle présente donc une cause de dystocie au cours de la grossesse.

Mais, ce qui rend le pronostic de la luxation paralytique de la hanche plus réservé, c'est l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques.

CHAPITRE IX

Traitement

Disons de suite qu'il faut distinguer deux parties dans le traitement.

D'abord, le traitement préventif.

En présence d'un enfant atteint de paralysie infantile, localisée à la région de la hanche, il faut toujours penser à la production possible d'une luxation de cette articulation et faire dès le début la prophylaxie de cette déformation.

Les moyens dont nous disposons sont relativement insuffisants, mais il ne faut pas les négliger.

Nous emploierons tour à tour le massage, l'hydrothérapie et l'électrothérapie.

Enfin, dès le début, combattre l'atrophie musculaire pour corriger autant que possible la déformation et éviter la luxation. Pour cela, il faut maintenir en contact les surfaces articulaires par des appareils de contention appropriés.

Karewski préconise l'emploi opportun de l'extension continue et dit : « Après une paralysie infantile, dès que l'on s'aperçoit qu'il y a contracture, il faut, à côté du traitement ordinaire employé en pareil cas, donner au malade un appareil d'extension. »

Mais, malgré tous ces moyens palliatifs, on voit le

plus souvent les muscles s'atrophier totalement, dégénérer et on assiste impuissant à la formation de la luxation de la hanche. Que faire alors ?

Au début, on réduisit la luxation paralytique comme une luxation pathologique ou traumatique, essayant par des moyens de contention, de maintenir la tête fémorale en bonne position après l'avoir réduite, si possible, sous le chloroforme.

On maintenait ensuite le malade dans l'immobilité sur une planche matelassée en faisant de l'extension.

Puis, aux premiers essais de marche, on donnait au malade un corset en cuir, d'où partait un appareil extenseur fixé à la chaussure.

Dans un autre cas, Karewski fit aussi la ténotomie des muscles rétractés avant de tenter la réduction.

C'est lui aussi qui essaya le premier la réduction sanglante : il fut obligé, au cours de son intervention, d'agrandir la cavité cotyloïde, trop étroite pour contenir la tête fémorale. Il fut suivi dans ce mode opératoire, par Victor Martin, qui, après l'opération, plaçait son petit malade dans un plâtre et commençait les mouvements passifs au bout de trois semaines.

Albert (de Vienne) fit à son malade une arthrodèse dont il se montra satisfait.

« La marche de l'opération, dit-il, se passe sans incidents, la plaie guérit vite et l'articulation arrive à la solidité souhaitée. Le malade se sert d'un appareil de soutien pour la marche. »

L'arthrodèse semble en effet présenter des indications du moment que la luxation existe franchement.

Ces opérations ne peuvent cependant prétendre guérir

complètement les petits malades puisqu'elles nécessitent toujours après elles le port d'un appareil de soutien.

Aussi M. Mouchet, dans le cas qu'il observa et présenta à la Société anatomique, ne voulut point exposer sa malade à une intervention chirurgicale, l'enfant étant un peu trop âgée pour qu'on ait pu intervenir avec fruit.

Nous devons, en effet, tenir compte ici du grand raccourcissement (8^{cm}) de l'atrophie extrême des muscles fessiers, conditions qui rendraient toute tentative sanglante à peu près inefficace — et nous contenter de placer un appareil orthopédique qui atténuera autant que possible la déformation.

C'est, croyons-nous, le traitement raisonnable en pareil cas.

En présence d'une luxation paralytique de la hanche, essayer d'abord l'orthopédie, le massage et l'hydrothérapie.

Si l'on veut tenter une intervention sanglante, c'est, croyons-nous, à l'arthrodèse qu'il sera préférable d'avoir recours.

OBSERVATIONS

Observation I. — Voir p. 16

Obs. II (Karewski, *loc. cit.* p. 346). — *Luxation ilio-pubienne.*

Fillette de 3 ans 1/2.

L'enfant était normalement constituée à sa naissance, ne présentant aucune déformation des membres inférieurs.

Au 9e mois, elle fut atteinte d'une affection qui paralysa tout le côté gauche.

Le bras guérit vite, tandis que la jambe resta paralysée. Dès le début, la mère remarqua que l'enfant tenait sa jambe dans une mauvaise position.

Le pied était en pied bot, malgré un long traitement où les bains électriques furent employés, l'enfant ne put apprendre à marcher, quoique l'on vit apparaître peu à peu quelques mouvements actifs dans la jambe malade.

Ce ne fut qu'à trois ans qu'on lui donna un appareil et qu'elle commença à marcher, mais d'une façon si défectueuse que sa mère l'amena à Karewski.

Le 21 août 1886, celui-ci constate à la polyclinique chirurgicale de l'hôpital juif l'état suivant de la petite malade :

Fillette bien conformée, assez développée pour son âge. Rien du côté des membres supérieurs.

Du côté des membres inférieurs, on remarque que la jambe gauche est atrophiée : la peau de cette jambe est flasque, froide au toucher. Elle se met en abduction, flexion et rotation en dehors quand on couche l'enfant sur le dos.

On ne peut étendre complètement le membre sans provoquer

des mouvements du bassin. Il y a de la lordose lombaire, de l'inclinaison du bassin.

La jambe paraît être de deux centimètres plus courte que la saine, quoiqu'elle le soit en réalité de trois, ainsi que le montre la mensuration.

La capsule articulaire est vide. Par le palper, on trouve à côté de la branche descendante du pubis, une éminence ronde, que l'on reconnaît être la tête fémorale en imprimant des mouvements à l'autre extrémité du membre.

Le toucher rectal donne la même indication, on sent la tête fémorale dans le voisinage du trou obturateur.

Le trochanter est quelque peu dévié en arrière et se trouve profondément situé sous les fessiers atrophiés.

Les mouvements actifs et passifs d'extension et d'adduction sont très diminués tandis que l'abduction, la rotation en dehors et la flexion sont exagérées.

La marche de l'enfant est caractéristique. Il marche sur la pointe du pied, la jambe gauche très fortement tournée en dehors.

Le côté gauche est projeté en avant d'une façon caractéristique.

L'exploration électrique donne une forte diminution de l'excitabilité des muscles de la jambe gauche accessibles à l'examen.

Les adducteurs sont particulièrement atteints et ne réagissent qu'à des courants très forts ou très faibles.

Obs. III (Karewski). — *Luxation paralytique pubienne.*

H. . H..., 9 ans, bien constituée à sa naissance. Rien d'anormal aux deux jambes.

Au 7e mois, elle a une fièvre qui dure 14 jours sans aucun symptôme d'ostéomyélite.

Bientôt après, on remarque une paralysie de tout le côté droit. Tandis que le bras recouvre vite ses mouvements, la jambe reste paralysée, maigrit et prend une position défectueuse. Le genou est en flexion constante, la cuisse se rapproche de la paroi abdominale et le pied est fortement un pied bot valgus équin.

Ce n'est qu'à trois ans, après une ténotomie du tendon d'Achille que l'enfant commence à marcher avec un appareil, mais d'une façon très défectueuse.

Les différents traitements essayés ne l'amendent pas. L'état s'aggrave constamment jusqu'au mois de novembre 1886 où l'enfant nous est présentée et où nous constatons ce qui suit :

Forte fillette, très musclée, bonne santé apparente. Deux bras bien constitués.

L'extrémité inférieure droite est très atrophiée dans toutes ses parties, tandis que la gauche est normalement développée.

La peau de la jambe malade a une coloration livide, elle est froide, adhérente à la couche profonde.

Les muscles, très atrophiés, ne permettent pas de différencier les divers groupes musculaires. Aucune réaction à l'exploration électrique à droite. Le pied est en valgus équin d'une façon marquée, mais on peut facilement le redresser.

Quand l'enfant est couchée, elle tient habituellement le genou et la hanche en flexion forcée. La cuisse est en rotation en dehors et abduction.

Dès qu'on étend la jambe, on remarque une lordose très accentuée avec inclinaison du bassin.

D'elle-même, l'enfant ne peut faire que des mouvements de flexion et d'abduction. L'extension n'a lieu que lorsqu'elle abandonne sa jambe à son propre poids, l'adduction est complètement impossible.

A côté de la vulve, à la commissure postérieure, on sent par le palper une éminence ronde que l'on trouve être la tête fémorale et sur laquelle on peut arriver par le toucher rectal.

La capsule articulaire est donc vide et le trochanter est enfoui sous les fessiers.

Pour la motilité passive, la rotation et l'abduction sont libres. L'adduction n'a lieu qu'accompagnée des mouvements du bassin.

L'extension n'est possible, sans mouvements du bassin, que jusqu'à l'angle droit.

Notons aussi une inclinaison du bassin de 9 centimètres et une lordose exagérée.

Enfin, ces différents troubles s'accompagnent d'une scoliose lombo-dorsale tournée de gauche à droite et d'un genu valgum droit.

En marchant, l'enfant projette en avant la moitié droite du corps et se soutient sur sa jambe gauche, la fesse gauche faisant fortement saillie, de sorte que l'enfant à un aspect sénile.

La moitié droite du bassin prend part à ces divers troubles.

La distance de l'épine iliaque à la symphyse est de 15 cent. à droite, de 16 à gauche.

Longueur de la jambe droite, 65 cent.

Longueur de la jambe gauche, 68 cent.

L'inclinaison du bassin, comme je l'ai dit plus haut est de 9 cent.

Obs. IV (Karewski). — *Luxation iliaque paralytique.*

S. G..., âgé de 25 ans.

A un an, il fit une maladie mal définie, qui s'accompagna de fièvre.

Après 18 semaines pendant lesquelles il garda le lit, il se leva avec une paralysie de l'extrémité inférieure droite, il ne sait pas s'il y eut d'autres paralysies concomittantes.

La jambe droite resta paralysée et incapable de mouvement, de sorte qu'il ne peut s'appuyer dessus.

Le malade est obligé de marcher à l'aide de béquilles ou de cannes.

Quand il vint me consulter pour savoir s'il pourrait se passer de ses béquilles par l'aide d'un appareil approprié, je constatai ce qui suit :

Taille moyenne, homme fort, très musclé, organes internes sains.

Atrophie de l'extrémité inférieure droite.

La jambe droite est froide, très peu musclée, beaucoup plus courte que la gauche.

La circonférence de la cuisse droite au milieu, mesure 27 cent., tandis qu'à la gauche elle mesure 46 cent.

Au mollet droit, la circonférence mesure 21 cent.

Au mollet gauche, elle est de 33 cent.

La distance du grand trochanter au condyle fémoral. est de 35 cent. à droite, de 43 à gauche.

Du condyle à la malléole externe droite 34 cent.

— — gauche 40 —

Longueur du pied, du gros orteil au talon, 19 cent. à droite.

— — — 26 — gauche.

La jambe droite pend, ballante dans la station debout. Le pied est un pied bot exagéré, les orteils sont fortements courbés vers la face plantaire sans cependant être en équinisme.

Le patient ne peut s'appuyer sur sa jambe ; si on lui enlève son bâton, il se tient sur la jambe gauche.

On remarque une forte lordose lombaire et une forte scoliose dorso-lombaire à gauche avec épaule saillante.

Dans la position horizontale, la lordose s'accroit : la cuisse droite est en flexion, rotation en dedans et adduction.

Pour compenser la lordose, il faut fléchir la cuisse d'un angle de 120° et la mettre en adduction forcée de telle sorte qu'elle vienne appuyer sur la cuisse saine.

Au genou, flexion modérée.

Les mouvements actifs possibles sont :

Articulation de la hanche droite.
flexion complète.
Extension jusqu'à l'angle obtus.
Adduction complète.

Par contre, abduction impossible sans mouvements du bassin.

Articulation du genou : mouvements actifs amoindris.

Tout mouvement manque dans la tibio-tarsienne.

Mouvements passifs à la hanche droite.

Rotation en dedans et en dehors possibles.

Abduction manque presque complètement.

Pas de mobilité exagérée de l'article.

Le trochanter du côté malade fait fortement saillie sous les fessiers atrophiés.

Son extrémité est à 6 ou 7 cent. en arrière de la ligne de Nélaton-

Roser (celle-ci étant située ici, à cause de l'atrophie du bassin, beaucoup plus bas que du côté sain).

Par le palper, on sent la région de la capsule articulaire vide.

En faisant exécuter à la cuisse droite des mouvements de rotation, on sent la tête fémorale sous les muscles fessiers.

Par suite de l'atrophie de la moitié droite du bassin, le pénis, au lieu d'être au milieu, parait être tout à fait dévié à droite.

La distance de l'épine iliaque à la symphyse est de 13 cent. à droite, de 19 à gauche.

Le testicule droit est plus petit que le gauche, les poils sont plus rares à droite.

Le reflexe patellaire manque complètement à droite ; il est normal à gauche.

La réaction électrique donne une diminution de l'excitabilité aux courants continus et intermittents pour tous les muscles de la hanche qu'on peut examiner.

On remarque cependant que l'excitabilité est beaucoup mieux conservée dans les adducteurs.

Obs. V (Albert, de Vienne, *loc. cit.*, p. 810). — *Un cas de luxation iliaque paralytique de la hanche.*

Albert (de Vienne), cite également un cas de luxation iliaque paralytique de la hanche.

C'est un M. N. N..., de Russie, qui, dans son enfance, à la suite d'une polyomyélite aiguë, a été atteint d'une paralysie totale de la jambe gauche.

Cette jambe est de 10 cent. plus courte que la droite et a maigri d'une façon correspondante.

Les muscles fessiers surtout sont flasques et atrophiés.

Tout mouvement actif de la jambe est aboli.

Par un fort mouvement de rotation en dedans de l'articulation de la hanche gauche, on sent la tête fémorale située sous les fessiers et on peut l'explorer.

On ne peut étendre complètement l'articulation du genou. Le malade marche avec une béquille, la jambe pend ballante, comme morte.

A part cela, bon état général.

Albert considère donc son malade comme un sujet atteint de luxation iliaque paralytique et qui présente en plus une jambe ballante.

Il fit à son malade une double arthrodèse, de la hanche d'abord, du genou ensuite pour corriger autant que possible le raccourcissement et donner au membre tout entier un support possible en fixant la jambe.

Obs. VI (V. Martin, *loc. cit.*, p. 635).

Victor Martin (1902), cite deux cas de luxations paralytiques pubiennes qu'il a observés à l'hôpital des enfants de Bâle.

1er cas. — Aloïs W .., entre à l'hôpital des enfants, le 9 avril 1896.

Le 8 décembre 1891, avait été atteint d'une polyomyélite antérieure avec paralysie de la jambe droite.

Le malade, soigné chez lui, doit avoir été paralysé deux mois environ.

La motilité revient peu à peu, tout d'abord dans les orteils, puis dans les muscles de la hanche.

A ce stade, on remarque, au repos du lit, que le patient tient constamment la cuisse en flexion sur la hanche et en abduction.

Le malade porte un appareil pendant quelque temps.

Il marche depuis quelques années, mais la marche est très défectueuse pour le degré relativement bénin de paralysie qui existe.

Le malade vint alors consulter et on trouve l'état actuel suivant :

Bon état général. Organes internes normaux.

Dans la position horizontale, on remarque ceci : la jambe droite est plus longue que la gauche de deux centimètres, allongement qui n'est dû en réalité qu'à l'inclinaison du bassin.

Si on redresse le bassin et qu'on le mette dans sa position normale, on remarque que l'axe du fémur n'est pas dans la position qu'il doit occuper par rapport à la cavité cotyloïde, mais qu'il est dévié en avant et de côté dans la direction du trou obturateur. Par le palper, on sent la cavité cotyloïde vide ; la tête fémorale est palpable tout à fait en dessous de la branche horizontale du pubis et peut être sentie par la main qui déprime en avant la région abdominale.

Motilité. Abduction libre, peut même se faire d'une façon anormale et cela est surtout visible quand on couche le malade sur le ventre.

La rotation est également libre.

L'adduction est empêchée, la tête fémorale heurtant la branche horizontale du pubis.

La flexion est peu diminuée.

L'extension complète n'est possible qu'accompagnée de mouvements du bassin.

Tous ces symptômes indiquent une luxation pubienne.

Vient s'ajouter à cela un raccourcissement réel de la jambe droite par atrophie qui concerne aussi bien la musculature que les os.

	Droite.	Gauche.
Diamètre du milieu de la cuisse.....	22 cent.	26 cent.
— jambe... .	16 —	20 5
Différence.. ...	6 cent.	
Longueur du fémur mesurée de l'extrémité inférieure du trochanter au rebord du condyle externe.	25 cent.	28 cent.
Longueur du tibia mesurée de l'interligne articulaire à la pointe de la malléole.....	20 —	22 —

Il y a donc un raccourcissement réel considérable de la jambe

droite, compensé en partie par l'énorme flexion du bassin, du côté correspondant.

Le genou droit est sensiblement en genu valgum, le condyle interne étant beaucoup plus développé qu'à gauche.

Par contre, le pied est en varus.

La flexion du genou est possible : l'extension très imparfaite n'est due qu'au tenseur du fascia lata, très développé ; le quadriceps n'y contribuant en rien.

L'exploration électrique concorde avec ce que nous venons d'observer :

Les muscles de la hanche répondent à l'excitation faradique, en particulier les rotateurs en dehors, les fléchisseurs et abducteurs, tandis que les adducteurs ne réagissent que très faiblement.

Le quadriceps fémoral ne réagit pas du tout.

A la jambe, le tibial antérieur, les péroniers sont relativement bons.

Les jumeaux ne réagissent pas, les fléchisseurs des orteils non plus. Le tibial postérieur est intact.

L'excitation galvanique confirme ce que nous a donné la faradique. On remarque en particulier une forte réaction des fessiers.

Dans la position debout, on remarque facilement la flexion du bassin, de même que son abaissement. La première est compensée par une scoliose lombaire convexe à droite et par une scoliose dorsale convexe à gauche, la deuxième par une lordose lombaire.

La marche se caractérise par les temps suivants :

1° On remarque une énorme rotation de la cuisse en dehors, le patient marche de côté, la partie gauche du corps est en avant ;

2° Par suite de la fixation défectueuse de la tête fémorale au bassin, le malade porte en marchant tout son corps vers la droite. Il en résulte une sorte de mouvement de pendule continu semblable à celui que l'on observe dans la luxation congénitale de la hanche.

Obs. VII (Victor Martin). — *Luxation paralytique pubienne.*

Otto Säger, deux mois et demi.

Entré à l'hôpital des Enfants malades de Bâle, le 15 décembre 1900.

Antécédents. — Parents bien portants

Deux frères et sœurs, dont un rachitique.

Malade normal à la naissance. Venu à terme.

Nourriture : lait et bouillie à parties égales.

Jusqu'à l'âge de un mois et demi, bonne santé.

A cette époque, l'enfant eut une poussée fébrile qui dura 15 jours ; il était très abattu et ne faisait presque aucun mouvement

La mère remarquait alors que l'enfaut, qui jusque là avait toujours bien fait mouvoir ses deux jambes, ne remuait plus la jambe droite.

On amène l'enfant à l'hôpital où l'on constate l'état suivant :

Enfant bien nourri, présente un léger chapelet rachitique.

La cuisse droite est fortement fléchie sur la hanche, en abduction et légère rotation en dehors.

Les mouvements passifs sont libres.

L'extension de la cuisse sur la hanche ne dépasse pas l'angle droit, de même que l'adduction.

L'abduction est plus que normale.

Le pli fessier manque.

La région des adducteurs fait fortement saillie, on sent distinctement la tête fémorale devant la branche ascendante du pubis, surtout quand on imprime à la cuisse droite des mouvements de rotation. Le grand trochanter se trouve à un centimètre de la ligne de Roser.

Quand on couche le malade et qu'on tire sur les deux jambes, la jambe droite paraît allongée, à cause de la luxation en avant et en bas.

Le genou est en flexion forcée et ne peut être mis en extension.

Absence du réflexe patellaire à droite. A l'examen électrique, tous les muscles et nerfs de la cuisse et de la hanche réagissent normalement, à l'exception des adducteurs et des muscles du mollet, qui ont une réaction plus faible.

Ces muscles sont du reste atrophiés.

2 janvier 1900. — On essaie la réduction sous le chloroforme, sans succès du reste. La tête fémorale reste dans sa position.

On diagnostique alors : luxation paralytique fémorale sous-pubienne.

Et Victor Martin conclut ainsi :

Le début de la maladie, la forme de la luxation, l'absence de réflexes rotuliens seulement à droite, le pied équin, la non réduction sous le chloroforme sont autant de forts arguments en faveur d'une luxation paralytique consécutive à une polyomyélite antérieure aiguë.

Nous aurions pu encore reproduire des cas de luxations pubiennes ou iliaques paralytiques apportés par Verneuil, Reclus ou Dally, mais ces cas étant déjà cités dans les ouvrages de Forgue et Maubrac et la thèse de Henri Gauléjac, nous avons cru inutile de les exposer de nouveau.

CONCLUSIONS

La paralysie spinale de l'enfance est capable de déterminer à la hanche une luxation de cette articulation.

Ces luxations sont rares, il est vrai ; cependant elles existent.

On ne voit pas seulement survenir de légers déplacements en avant dans la partie supérieure du cotyle mais des luxations complètes, soit pubiennes, soit iliaques.

Avant d'affirmer l'existence de ces luxations, il faut s'entourer de toutes les garanties possibles au point de vue antécédents commémoratifs, et compléter par l'examen électrique et la radiographie.

Il ne faut donc pas qu'une confusion nosographique regrettable ou tout au moins une erreur de langage conserve dans le même cadre nosologique la luxation paralytique et la luxation congénitale.

Réservons le terme de congénital à la luxation vraiment congénitale, dans le sens chronologique du mot, c'est-à-dire aux déplacements observés sinon à la naissance, du moins aux premiers essais de marche sans aucun autre symptôme que la boiterie caractéristique.

Cette luxation dépend d'une malformation évolutive ou d'un arrêt de développement, dans la vie intra-utérine.

Mais, il faut rigoureusement distraire de ce groupe la catégorie des luxations paralytiques avec leurs symptômes propres, luxation, atrophie et paralysie musculaires.

Ces luxations sont toujours postérieures à la naissance, et partant, rentrent dans le cadre des difformités articulaires acquises.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Verneuil. *Union médicale*, 1866, n° 80.
— *Gazette hebdomadaire*, 1866, n°ˢ 23, 32, 34, 36.
— *Gazette des hôpitaux*, 1866, n°ˢ 67, 70, 102.
— *Clinique inédite*, 1877.
Broca. *Société de chirurgie*, 11 juillet 1866.
Duchenne de Boulogne. *Electrisation localisée*, 1872, p. 1016.
— *Physiologie des mouvements*.
Dally. 1873, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 8ᵉ et 9ᵉ livraisons.
Tillaux. *Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche*, Paris, 1876.
Reclus. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 176.
— *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 781.
Hamilton. *Traité des luxations*, 1884.
Kirmisson. *Revue de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 507.
Bradford. 1883, *Boston medical and surgery Journal*, t. CVIII, n° 4, p. 73.
Trélat. *Union médicale*, 1885, p. 2.
Valette. Article Marche, *Dictionnaire Jaccoud*, t. XVII, p. 208, 1885.
Charcot. 1887. *Des amyotrophies. Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 51.
Bouvier. Article Articulations, *Dict. encyclop.*, t. VI, p. 399.
Bloch. *Des contractures*. Thèse de Paris, 1888, n° 128.
Karewski. 1888. Ueber paralytische luxationen der Hüfte. *Arch. f. klin. Chir.*, 37. Bd. p. 346.
Verneuil. *Revue d'orthopédie*, 1890, fasc. III, p. 28.
Albert (de Vienne). Ein Fall von paralytischer Luxation in Hüftgelenke, *Internation. Klin. Rundschau*, n° 20, 15 mai 1892, p. 810.
Sainton. *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 355.
Redard (Paul). *Traité pratique de chirurgie orthopédique*, 1892.
Hoffa. *Handbuch der praktischen Chirurgie*, von Bergmann, Bruns, Mikulicz, IV Bd, p. 589.
Kredel. *Centralblatt für Chirurg.*, n° 42, 17 octobre 1896, p. 969.
Duplay. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1357.
Witman. *Annals of Surgery*, 1897, p. 673 ; — février 1900.

Degez. Luxations subites consécutives aux maladies aiguës. Thèse de Paris, 1898, n° 98.

Bovis (de). *Gazette des hôpitaux*, 3 octobre 1898, n° 113, p. 1040.

Sprengel. *Archiv. für klin. Chirurg.*, 1898, Bd. LVII, 4 Heft, p. 805.

Ursin Max. 1898. Inaug. Diss. Greifswald.

Duplay et **Reclus**. *Traité de chirurgie* (article de Nélaton, t. III, p. 15.

Picqué. Thèse de Lyon, 1899. La hanche Bote, n° 20.

Mouchet (**Albert**) et **Aubion** (**Pierre**). *Gazette hebd. de méd. et de chirurg.*, 21 mai 1899, p. 481.

De Gauléjac (**Henri**). *De la hanche paralytique chez l'enfant.* Thèse de Lyon, 1900, n° 21.

Joüon. *Luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie.* Thèse de Paris, 1901, n° 42.

Le Dentu et **Delbet**. *Traité de chirurgie clinique et opératoire.* Article de Mauclaire, t. X, p. 1053.

Kirmisson. *Difformités acquises de l'appareil locomoteur*, 1902, p. 314-521 et suiv.

Martin (**Victor**). Ueber paralytische Luxationen. *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, Bd. X, 4 Heft, 1902, p. 635.

Brouardel et **Gilbert**. *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1902. Art. de Dejerine et Thomas, t. IX, p. 567.

Jaboulay. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1902, p. 118; — *Lyon Médical*, 1904, p. 465.

Nové-Josserand. *Bull. de la Société Chirurg. de Lyon*, 1902, p. 233; — *Précis d'orthopédie*, 1905, p. 369.

Mouchet (**Albert**). *Bull. de la Société anatomique de Paris*. Juin 1903, p. 530.

Patel (**M.**) et **Cavaillon**. Ankylose de la hanche. Phénomènes de compensation dans le segment sous-jacent du membre inférieur. *Revue d'orthopédie*. Paris, 1904, p. 317-242.

Ecot. Laxité articul. probablem. congénitale sans luxation. *Bull. Soc. chirurg. de Lyon*, 1904, p. 119-124.

Guermonprez. Hanche à ressort. *Nord médical*. Lille, 1904.

Gaudier (de Lille). Luxation iliaq. gauche spontanée au début d'une coxalgie. *Pédiatrie pratique*, avril 1905, p. 85.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I^er^. — **Manifestation de la paralysie infantile. — Les différentes variétés de luxation. — Fréquence.** 9

CHAPITRE II. — **Pathogénie** 20

CHAPITRE III. — **Symptomatologie de la luxation paralytique** ... 26

CHAPITRE IV. — **Diagnostic** 29

CHAPITRE V. — **Luxation pathologique** 37

CHAPITRE VI. — **Coxo-tuberculose** 40

Coxa-vara 41

CHAPITRE VII. — **Pseudo-coxalgies** 44

CHAPITRE VIII. — **Pronostic** 46

CHAPITRE IX. — **Traitement** 48

OBSERVATIONS 51

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE 65

Saint-Brieuc. — Imprimerie Francisque GUYON.